MAY
25

Aus der Königlichen chirurgischen Universitäts-Klinik zu Kiel.

Ein Lymphangiom des Blinddarms, Exstirpation, Heilung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel,

vorgelegt von

Karl Rath

approb. Arzt aus Grevenbroich (Rheinld.)

Voorde bei **Kiel,**
Druck von Otto Krohn.
1904.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0302

Aus der Königlichen chirurgischen Universitäts-Klinik zu Kiel.

Ein Lymphangiom des Blinddarms, Exstirpation, Heilung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel,

vorgelegt von

Karl Rath

approb. Arzt aus Grevenbroich (Rheinld.)

Voorde bei **Kiel,**
Druck von Otto Krohn.
1904.

No. 26.
Rektoratsjahr 1904/5.
Referent: *Dr. Helferich,*
Zum Druck genehmigt:
Helferich
z. Z. Prodekan.

Unter Lymphangiom versteht man eine Geschwulst, die im wesentlichen aus erweiterten Lymphgefässen besteht, zwischen denen je nach dem Standort der Geschwulst bald Bindegewebe, bald Fettgewebe, bald Muskelgewebe oder sonst eine Gewebsart sich befindet; sie ist eben das an den Lymphgefässen, was an den Blutgefässen das Angiom ist. Gerade wie bei den Angiomen unterscheidet man auch hier ein Lymphangioma simplex, wenn die Lymphgefässe eines mehr oder weniger umfangreichen Bezirkes erweitert und die Wände verdickt sind, ein Lymphangioma cavernosum, bei dem die Zahl der Lympfgefässe einmal reichlicher, dann die Lymphräume selbst stark erweitert sind und endlich ein Lymphanginma cysticum, welches Cysten von Erbsen- bis Walnussgrösse enthält. Die einzelnen Lymphräume, deren Inhalt zuweilen wie Lymphe hell und klar, zuweilen milchig ist, sind meist von einer einfachen Lage Endothelzellen ausgekleidet.

Die pathologisch-anatomischen Lehrbücher stellen den Lymphangiomen die Lymphektasien gegenüber und betonen, dass erstere echte Geschwülste sind, die durch Neubildung von Lymphgefässen entstanden sind, während letztere Gebilde durch Erweiterung und Ausbuchtung der schon normalerweise vorhandenen Lymphgefässe entstehen sollen. *O. Fischer* meint demgegenüber, dass eine solche Unterscheidung nur theoretischen Wert habe, da in den meisten Fällen der Nachweis kaum zu erbringen sei, ob die erweiterten Lymphgefässe durch Neubildung entstanden sind oder durch Dehnung der Wände der normal vorkommenden.

Die meisten Autoren glauben, dass die Lymphangiome auf embryonalen Entwicklungsstörungen beruhen. Dafür spricht auch ein Fall, der von *D. Nasse* veröffentlicht ist, bei dem ein am Halse sitzendes Lymphangiom mit der Vena subdavia und dem

Ductus thoracicus in offener Verbindung stand. Nach Ansicht von *v. Esmarch, Langhans* und anderen kann eine einfache Lymphstauung nicht die Veranlassung zur Entstehung eines Lymphangioms sein, sie könnte höchstens nur das Wachstum einer solchen Geschwulst begünstigen.

Angeboren kommen die Lymphangiome vor als lymphangiectatische Hypertrophie der Zunge, Makroglossie, und der Lippen, Makrocheilieche. Im allgemeinen sind die Lymphangiome seltene Geschwülste. Häufiger kommen sie circumscript an der Haut vor; seltener ist ihr Sitz an Schleimhäuten. *Brocg* und *Barhard* beschrieben eine Affektion der Zunge und des Gaumenegels, welche schon seit der Kindheit bestand bei einem 17jährigen Manne, und welche als Lymphangiom diagnostiziert war. *Sick,* Bern, teilt einen Fall von Lymphangiom mit, welches in einem isolierten Schleimhautkeim des Uterus sass bei einer 37 Jahre alten Frau; derselbe, eine solche Geschwulst in der rechten Nebenniere, zufällig bei der Sektion gefunden. *Albert* beschreibt einen Fall von ausgedehntem Lymphangiom am Halse, welches eine flaumig weiche, kompressibele, durchscheinende Geschwulst darstellte, in seinem „Lehrbuch der speziellen Chirurgie". *Maresch* teilt einen Fall mit von einem grossen Lymphangiom von 20 cm Durchmesser in der Leber bei einem 5 Jahre alten Mädchen. Ausserdem weisst die Literatur noch vereinzelte Fälle solcher Geschwülste auf, die ihren Sitz in der Achselhöhle, dem Mesenterium, den Schamlippen u. s. w. hatten.

Werden schon die Lymphangiome an anderen Körperstellen nur selten angetroffen, so ist ihr Sitz im Darmtractus eine ausserordentlich grosse Seltenheit. Deshalb gestattete mir Herr Geheimrat *Helferich* gütigst, einen solch seltenen Fall, nämlich ein Lymphangiom des Coecums, der in der Kieler chirurgischen Klinik zur Operation kam, zu beschreiben. Bei diesem Falle, dessen genauere Krankengeschichte weiter unten mitgeteilt wird, wurde auf Grund der Symptome die Diagnose auf Hydrops des Appendix gestellt. Es zeigte sich aber bei der Operation eine der Coecalwand anhaftende Geschwulst, deren genauere, mikroskopische Untersuchung ein Lymphangiom ergab.

Beim Durchsehen der mir zur Verfügung stehenden Literatur

fand ich nur einen einzigen Fall von Lymphangiom im Darme veröffentlicht, und zwar von *v. Hopffgarten* in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie beschrieben unter dem Titel: „Ueber eine Dünndarmgeschwulst (Lymphangiom) als Operationsbefund bei einem eingeklemmten Schenkelbruch." Der Inhalt der Krankengeschichte soll hier in Kürze angeführt werden:

Anamnese: Frau G., Arbeitersfrau, am 27. Mai 1897 ins Krankenhaus aufgenommen. Patientin will nie krank gewesen sein, hat 7 Kinder gehabt, 3 davon sind an Lungenkrankheiten gestorben, 1 totgeboren, die übrigen sind gesund. Menses immer regelmässig.

Seit 12 Jahren bemerkt Patientin eine in der rechten Schenkelbeuge öfters hervortretende Geschwulst, einen Bruch, der sich leicht zurückschieben lässt. Sie trägt deshalb ein Bruchband. Vier Tage vor der Aufnahme bekam sie plötzlich heftige Leibschmerzen, die wehenartig in kürzeren Zwischenräumen wiederkehrten. Keine Winde gingen mehr ab, kein Stuhlgang mehr erfolgte. Zugleich war die Geschwulst in der rechten Schenkelbeuge ausgetreten, war schmerzhaft und nicht mehr zurückzubringen. Erbrochen hat sie nicht.

Status praesens: Mittelgrosse, kräftige Frau, Abdomen aufgetrieben, Konfiguration des Dünndarms deutlich hervortretend, sichtbare Peristaltik, kein Erbrechen, kein Fieber. Unterhalb des rechten lig. Ponpartii, der Gegend der fossa oralis entsprechend, eine hühnereigrosse, druckempfindliche, harte Geschwulst von gedämpftem Percussionsschall.

Diagnose: Schenkelnetzbruch rechterseits.

Operation: Hautschnitt über die Höhe der Geschwulst, ca. 12 cm lang parallel der Längsachse des Körpers. Freilegung des Bruchsackes und Eröffnung desselben. Eine geringe Menge vom Bruchwasser fliesst ab. Es kommt zunächst ein abgeflachter runder Körper zum Vorschein von der Grösse eines Hühnereis mit glänzendem, serösen Ueberzug, unter dem zahlreiche, kleine mit heller Flüssigkeit erfüllte, durchscheinende Cysten sichtbar sind. Der Tumor ist nirgends verwachsen, zeigt sich aber bei tieferem Eingehen in den Schenkelkanal, der für 2 Finger durchgängig ist, nach der Bauchhöhle zu gestielt. Nach stumpfer Er-

weiterung des Schenkelkanals wird an der Geschwulst ein mässiger Zug ausgeübt, wobei eine Dünndarmschlinge zum Vorschein kommt, welcher der Tumor an der konvexen Seite gerade gegenüber dem Mesenterialansatz in ca. 2 cm Ausdehnung aufsitzt. Direkt neben dem Tumor eine beiderseits kaum angedeutete Schnürfurche; der dazwischenliegende Darm nicht kollabiert, Serosa nicht getrübt, setzt sich direkt auf die Geschwulst fort. Circumcision des Tumors am Darm, teilweises stumpfes Herauslösen desselben, wobei der Darm in etwa 2 cm Ausdehnung in der Längsrichtung eröffnet wird. Quere Vereinigung der Darmwunde. Reposition des Dünndarmes, Abtragung des Bruchsackes, Tamponade der Bruchpforte und der ganzen Operationswunde. Trockener aseptischer Verband.

Verlauf: Am Tage nach der Operation Entleerung einer reichlichen Menge normalen Stuhles; Abdomen nicht mehr aufgetrieben, keine Schmerzen. Winde gehen ab. Fieberlose Wundheilung durch Granulation. Am 26. Juni 1897 mit Bruchband geheilt entlassen.

Die bei der Operation entfernte Geschwulst erweist sich als ein fast kugelrunder, etwas abgeflachter Körper von prallelastischer Konsistenz mit einem Längsdurchmesser von 4,75 cm und einer Dicke von 3,5 cm. Ueberzogen von Peritoneum zeigt sie zahlreiche kleine, subserös gelegene Cysten von Hirsekorn- bis Kirschkerngrösse. Auf dem Durchschnitt besteht sie aus weichem, grauweissem, balkenartig angeordnetem Grundgewebe mit geringem Blutgehalt von zahlreichen kleinsten bis kirschkerngrossen Cysten durchsetzt, die in überwiegender Anzahl von wasserklarer Flüssigkeit erfüllt sind. Letztere entleert sich sofort bei Einschnitt in den Tumor. Trotzdem verliert die Geschwulst nicht ihre Gestalt, d. h. die beim Durchschnitt nicht getroffenen cystösen Räume bleiben von Flüssigkeit erfüllt, sodass ausgedehnte Kommunikationen zwischen den einzelnen Hohlräumen nicht vorhanden zu sein scheinen.

Mikroskopischer Befund: Die Geschwulst wird nach aussen von der Serosa nach innen von der Ringmuskelschicht des Darmes begrenzt. Sie besteht aus einem zellreichen, feinfaserigem Grundgewebe, welches von teils unregelmässigen, oft

sternförmigen, hauptsächlich aber ovalen oder runden Hohlräumen von verschiedener Weite durchsetzt ist. Der Gehalt an Blutgefässen ist gering. Neben dem vorherrschend regelmässig angeordneten faserigen Grundgewebe findet sich auch solches von zerklüftetem Bau. Die eingelagerten Zellen sind nach den beiden Arten von Matrix verschieden. In den fein fibrillären Partien finden wir langgezogene mit ovalem Kern versehene Bindegewebszellen, die den Gefässendothelien ähnlich sind, während an den mehr zerklüfteten Stellen sich auch sternförmig verästelte Zellen finden mit rundem Kern, welche einen entschieden myxomatösen Charakter darbieten.

In diesem Grundgewebe sind nun die zahlreichen Hohlräume von mannigfacher Grösse und Gestalt eingebettet. Die Wandung dieser Hohlräume bildet in der Mehrzahl eine einzige Zellenlage; diese langgezogenen Zellen haben einen gegen das Lumen hin vorspringenden, ovalen Kern. An einigen Stellen zeigen sie Wucherungsvorgänge mit Doppelschichtung und Leukocyteneinlagerung. Der Inhalt der Cysten wird teils aus mehrkernigen Leukocyten gebildet, zwischen denen sich ein balkenartiges Fibrinnetz findet, oder er besteht aus einer feinkörnig homogenen Masse. Eine Kommunikation der einzelnen Hohlräume miteinander ist mikroskopisch nicht nachweisbar.

Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kommt Verfasser dieses Artikels zu der Diagnose Lymphangiom, welche dem Lymphgefässnetz zwischen den beiden Muskelschichten des Dünndarmes angehört. Nach seiner Ansicht muss die Geschwulst auf eine doppelte Wucherung zurückzuführen sein, und zwar einmal der bindegewebigen Matrix und dann der Lymphgefässendothelien.

Bezugnehmend auf diesen Artikel veröffentlichte *E. Ajevoli*, Dozent für Ghirurgie in Neapel, einen von ihm 1894 operierten Fall, der dem von *v. Hopffgarten* dargestellten Fall ähnlich ist. Es handelte sich um eine Frau, welche seit 15 Jahren in der rechten Schenkelbeuge eine reponible Geschwulst bemerkte, die für eine Hernie erklärt, durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Seit 5 Tagen irreponibel geworden, musste der Bruch operiert werden, es fand sich eine eingeklemmte Dünndarmschlinge und im Grunde des Bruchsackes eine cystische Geschwulst, der Sitz der Geschwulst,

ob am Darm oder Bruchsack ist nicht genau angegeben. Durch zahlreiche histologische Präparate kam *Ajevoli* zu der Ueberzeugung, dass es sich um ein cystisches Lymphangiom handele.

In beiden Fällen ist noch interessant, dass das Lymphangiom bei einem gleichzeitig bestehenden Bruch sich entwickelt hat, und zu den charakteristischen Einklemmungserscheinungen führte.

Es folgt der in der Kieler chirurgischen Klinik zur Operation gekommene Fall von Lymphangioma Cocci.

Anamnese: Frau Sch., 42 Jahre alt, Schiffersfrau, aufgenommen am 17. Oktober 1903, sonst immer gesund, einmal geboren und einmal abortiert. Patientin fühlt sich seit langer Zeit nicht mehr wohl, sie hat keinen Appetit und ist immer müde. Seit 3 Wochen hat sie Schmerzen im Kreuz und in der Ileocoecalgegend, ausserdem leidet sie an Verstopfung. Ferner bemerkt sie eine Anschwellung in der Ileocoecalgegend und sucht deshalb die Klinik auf.

Status: Mittelgrosse, blasse, magere Frau. Zunge belegt, ziemlich feucht.

Brustorgane ohne besonderen Befund.

Abdomen nicht aufgetrieben. Geringe Rektusdiastase. In der Ileocoecalgegend fühlt man unterhalb der Spina a. s. zwischen lig. Ponparti und Nabel eine eiförmige, dem lig. parallel gestellte, fluktuierende, glattwandige Geschwulst von 5 cm Länge, 3 cm Querdurchmesser, welche nach aussen und hinten fixiert ist, nach aussen und innen wenig verschieblich ist. Die Geschwulst setzt sich nach hinten innen in einen Strang fort. Druckempfindlichkeit ist sehr gering.

Diagnose: Hydrops des Appendix.

Operation in Chloroformnarkose.

Schrägschnitt in der Ileocoecalgegend durch Haut, Muskeln, Peritoneum, welches letzteres mit einem wenig entzündlichen, durchscheinenden Tumor verklebt ist. Lösung der Verklebung und Abstopfen der jetzt frei eröffneten Bauchhöhle. Erweiterung des Schnittes nach auf- und abwärts, bis der Tumor und das Coecum in ihren topographischen Verhältnissen klar sind. Es zeigt sich, dass der Tumor nicht, wie anfänglich angenommen, ein

Hydrops des Appendix ist, sondern der Appendix befindet sich unterhalb, ist kurz und normal. Sein Mesenteridum wird durchtrennt, und er selbst nach Manschettenbildung und Bildung einer Schnürfurche an seiner Basis und Abschnürung daselbst abgetragen und der Stumpf dreifach übernäht. Der Tumor ist über hühnereigross, mit durchleuchtenden kleinen Bukeln besetzt und liegt in der Wand des Coecums etwa 3 cm vom Appendix entfernt, aussen von der mittleren Taenie und hat einen mit feinen Adhäsionen bedeckten Serosaüberzug. Er ist etwa 7 cm lang bei einem Querdurchmesser von 4 cm, prall gespannt, sodass beim Versuch der Exstirpation seine Wand leicht einreisst und sein aus gelblicher gelleeartiger Masse bestehender Inhalt zu Tage tritt. Nachdem der Tumor, soweit es möglich ist, ausgelöst ist, wird er exstirpiert unter Zurücklassung der Wandpartie, welche am festesten in der Coecalwand haftet. Diese zeigt an der der Höhlung zugewendeten Fläche eine feine, netzartige Struktur; die Netzfäden bestehen aus weissen, etwas prominierenden Gewebsbälkchen. Exstirpation dieses Restes der Wand, Blutstillung, Vernähung des Bettes mit fortlaufender Catgutnaht und Uebernähung mit fortlaufender Serosaseidennaht. Schluss der Bauchhöhle durch Etagennaht, steriler Verband. Glatter Heilungsverlauf. Patientin mit Leibbinde geheilt entlassen am 8. November 1903.

Bei ihrer ersten Vorstellung hat sie über nichts zu klagen und fühlt sich wohl. Bei einem Besuch am 18. März 1904 klagt sie über Kreuzschmerzen, häufigen Stuhldrang, reichliche Menstruation. Sonst aber fühlt sie sich wohl und hat guten Appetit. Die angegebenen Beschwerden haben jedenfalls mit der an der Patientin vorgenommenen Operation nichts zu tun, sind vielmehr typisch für eine Retroflexio uteri; und in der Tat scheint der Uterus retroflektiert zu liegen. Patientin befindet sich seit einiger Zeit in gynaecologischer Behandlung und teilt mit, dass der Uterus schon verschiedentlich aufgerichtet worden ist, aber immer wieder die anormale Lage eingenommen habe, weshalb der Arzt sich entschlossen habe, in nächster Zeit die Pessarbehandlung einzuleiten. Wenn hierdurch der Uterus dauernd in seiner richtigen Lage erhalten wird, können wir erwarten, dass die Beschwerden der Patientin bald schwinden.

Mikroskopischer Befund: Man sieht auf einem Querschnitt durch die Geschwulst mehrere kleinere und grössere, teils rundliche, teils unregelmässig gestaltete cystöse Räume, welche mit einer glasigen, gallertartigen reichlich Lymphocyten aber nur wenig rote Blutkörperchen enthaltenden Masse angefüllt sind. Die Wandung dieser Räume ist stellenweise schmal an anderen Stellen sehr umfangreich und besteht aus eng aneinanderliegenden Spindelzellen und vielen an mehreren Stellen sehr dicht aneinandergerückten kleineren und grösseren stark gefüllten Blutgefässen. Die Zellen sind in Längsreihen angeordnet, deren innere Schicht stärker abgeplattet zu sein scheint. Eine besondere Epithel ähnliche Auskleidung der einzelnen Lymphräume lässt sich mit Gewissheit nicht nachweisen. Auf Grund dieses mikroskopischen Befundes ist wohl mit Sicherheit die Diagnose auf ein cystöses Lymphangiom zu stellen.

* * *

Zum Schluss sei es mir gestattet Herrn Geheimrat Prof. Dr. *Helferich* für die freundliche Ueberlassung des Materials und die Anleitung zu dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdozenten Dr. *Nöske* für die bereitwillige Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Ziegler, Lehrbuch der allgem. Pathologie.
2. Tillmanns, Lehrbuch der allgem. Chirurgie.
3. Albert, Lehrbuch der speziellen Chirurgie.
4. Zentralblatt für Chirurgie 1899, 1903.
5. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 50, Kap. XXIII.
6. Zentralblatt für allgem. Pathologie und patholog. Anatomie.

Lebenslauf.

Ich, *Karl Rath,* Sohn des verstorbenen Amtsgerichtsrats, Reichs- und Landtagsabgeordneten Balthasar Rath, katholischer Konfession, bin geboren in Grevenbroich (Rheinld.) am 25. Mai 1880. In meiner Heimatstadt besuchte ich das Progymnasium und, nachdem ich dort den Berechtigungsschein zum einjährig-freiwilligen Dienst erhalten hatte, kam ich auf das Gymnasium zu Düren, später auf das Königl. Gymnasium zu Siegburg, wo ich Ostern 1899 die Reifeprüfung bestand. In Würzburg diente ich als Einjährig-Freiwilliger beim 9. bayr. Inf.-Reg. mein halbes Jahr mit der Waffe und widmete mich dann dem Studium der Medizin auf der Universität Bonn, wo ich am Ende des vierten Semesters das Teutamen Physicum bestand. Meine Studien setzte ich auf den Universitäten München, Berlin und Kiel fort und trat hier Ende November 1903 ins medizinische Staatsexamen ein, das ich am 11. März 1904 beendete.